

ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและการรับรู้
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา
Effects of a Health Belief Model on Stroke Prevention Behaviors and
Perceptions among Uncontrolled Hypertension Patients at Community Health
Center of Khuan Niang Hospital, Khuan Niang District, Songkhla Province

ธารารัตน์ ลูกเล็ก¹, พิชชาอร ลูกตัน¹, ดนิตา ชัยภัทรธนกุล², ชิตกมล ศรีชมพู่¹ และณัฐกานต์ นิลอ่อน^{1*}

Tararat Looklek¹, Pitchaon Looktan¹, Danita Chaiyaphatthanakul²

Chitkamon Srichomphoo¹ and Nattakan Nin-on^{1*}

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ¹, โรงพยาบาลควนเนียง²

Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University¹, Khuan Niang Hospital²

(Receives: 22 April 2025; Revised: 29 May 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตำบลรัษฎา อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 37 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ การดำเนินวิจัย 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon matched pairs sign rank test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตค่าบดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีระดับความดันโลหิตค่าล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงลดลง

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้, ความเชื่อด้านสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nattakan.n@tsu.ac.th, ณัฐกานต์ นิลอ่อน)

Abstract

This research was a quasi-experimental study with a one-group pre-test and post-test design. The objectives were to compare the levels of stroke prevention behaviors, stroke awareness, and blood pressure. The sample consisted of 37 patients diagnosed with uncontrolled hypertension from Ratphum Sub-district, Kuan Niang District, Songkhla Province, who received a health belief model program. The research was conducted over 6 weeks. Research instruments included questionnaires on general information, stroke prevention behaviors, and stroke awareness. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including the Wilcoxon matched pairs signed rank test.

The study found that after participating in the program, participants showed significantly improved stroke prevention behaviors, stroke awareness, and systolic blood pressure levels compared to baseline ($P\text{-value} < 0.05$). However, diastolic blood pressure levels before and after the program showed no statistically significant difference.

This indicates that the health belief model program helped patients with uncontrolled hypertension develop better stroke awareness, leading to improved stroke prevention behaviors and reduced blood pressure levels.

Keywords: Stroke prevention behaviors, Uncontrolled hypertension, Health belief model

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke หรือ Cerebrovascular Accident) เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญ จากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน หรือทุกๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน รายงานของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย (กรมควบคุมโรค, 2566)

จากการศึกษาสถานการณ์ในจังหวัดสงขลา พบร้อยละผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 1.50 ลดลงในปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 1.49 และพบร้อยละการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 7.68 และปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 7.46 ถึงแม้ร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง แต่ในทางกลับกันพบร้อยละการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกินเป้าหมาย 7.00 ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ โดยในพื้นที่อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา พบร้อยละผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 1.46 ลดลงในปี พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 1.33 ในขณะที่ร้อยละการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 2.17 เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 6.06 แสดงให้เห็นถึงร้อยละการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2567) ขณะที่สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย กล่าวว่าผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 mmHg ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์จากโรคหลอดเลือดในสมองตีบและโรคหลอดเลือดในสมองแตกได้ (กรรณิการ์ เงินดี, 2564) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และส่งผลให้เกิดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 4.49 (ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด และคณะ, 2564) เนื่องจากหัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้นจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่ายจึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Cerebrovascular Disease) ผนังหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นส่งผลให้ลิ้มเลือด และไขมันที่ไหลไปตามกระแสเลือดเกิดการเกาะตัวตามผนังหลอดเลือด เมื่อเกิดการสะสมขยายขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง ทำให้หลอดเลือดสมองตีบแคบและมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง จึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic cerebrovascular disease) จากการทบทวนวรรณกรรมในพื้นที่อำเภอควนเนียงพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.00 (ดนิตา ชัยภัทรธนกุล, 2567)

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Irwin M. Rosenstock (1974) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง

การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคและมีแนวโน้มเกิดการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมระดับการรับรู้และระดับความดันโลหิต โดยใช้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในช่วงอายุ 35-59 ปี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

สมมติฐานวิจัย

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
3. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรม Stroke คืออะไร 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรม Stroke น่ากลัวกว่าที่คิด 3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ กิจกรรมรู้ทันป้องกันได้ 4. การรับรู้อุปสรรค กิจกรรมอุปสรรคมีอะไรบ้าง	1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง - การรับประทานยา - การบริโภคอาหาร - การออกกำลังกาย - การจัดการอารมณ์ - การงดสูบบุหรี่ - การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2. การรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. ระดับความดันโลหิต
---	---

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (One-group pretest posttest design) โดยระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลควนเนียง ตำบลตรังภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 37 คน ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน และรักษาโดยการรับประทานยาลดความดันโลหิต ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป
2. อายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) 140-179 mmHg และ/หรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) 90-100 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา
4. มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสารภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้
5. มีความสามารถในการใช้โทรศัพท์ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้และมี Line application
6. เป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูตรของ (Levy, P.S. & Lemeshow, S, 1991 อ้างถึงใน อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2548)

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ คือ

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z_α = ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_\alpha = 1.64$)

Z_β = อำนาจการทดสอบ 80% ($Z_\beta = 0.84$)

σ_d^2 = ความแปรปรวนของผลต่าง

Δ^2 = ผลต่างของค่าเฉลี่ย

สำหรับการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของ ศุภณัฐกรณ์ มูลฟู (2565) เรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมก่อนทดลองเท่ากับ 2.12 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมหลังทดลองเท่ากับ 2.50 ค่าความแปรปรวนของผลต่างเท่ากับ 0.81 จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาแทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย ดังนี้

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 20.00 (วารรัตน์ เหล่าสูง, 2562) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มาจับฉลากหยิบขึ้นมา 1 ใบ โดยไม่มีการแทนที่หรือใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ของ กรรณิการ์ เงินดี (2564) ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ และแบบบันทึกระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง

การแปลผล พิจารณาจากการแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมาย โดยการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กัน ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับต่ำ สำหรับการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977 อ้างถึงใน กรรณิการ์ เงินดี, 2564) โดยการแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมและการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยใช้พิสัยหารด้วยช่วงขั้นที่ต้องการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ระดับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระยะเวลา 6 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ สื่อวีดิทัศน์ สื่ออินโฟกราฟิก สื่อรูปภาพ สื่อภาพพลิก และสื่อโปรแกรม Thai CV risk score ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ด้านสถิติและด้านเวชกิจฉุกเฉิน ในส่วนแบบสอบถามครั้งนี้มาจากการวิจัยของ กรรณิการ์ เงินดี (2564) ผ่านการตรวจสอบความตรง โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ 3 ท่าน จากงานวิจัยของ กรรณิการ์ เงินดี (2564) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.66-1 การตรวจสอบความเชื่อมั่นนำไปทดสอบ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85, 0.76, 0.74, 0.72 และ 0.76 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เมื่อได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เพื่อขออนุญาตจัดกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลตนเอง การรับรู้และประเมินความดันโลหิต (Pretest)

ขั้นทดลอง

3. ดำเนินตามโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 0 เริ่มต้นโปรแกรมด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ จากนั้นให้ความรู้ใน กิจกรรม “Stroke คืออะไร” โรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นเลือดสมองตีบตันด้วยโปรแกรม Thai CV risk score และกิจกรรม “Stroke น่ากลัวกว่าที่คิด” สัญญาณเตือนอาการโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และภาพประกอบ

สัปดาห์ที่ 1-2 ส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อให้ข้อมูลผ่านอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (BEFAST)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “รู้ทันป้องกันได้” ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกินยา การควบคุมอารมณ์ การเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ สอนเรื่องโภชนาการแบบ DASH Diet งานอาหาร 2:1:1 และ

ออกกำลังกาย ด้วยท่ามวยจีน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และภาพประกอบ และกิจกรรม “อุปสรรคมีัยนะ” ระดมความคิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและวิถีแก้ไข

สัปดาห์ที่ 4–5 ส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยใช้สื่ออินโฟกราฟิกเรื่องอาหาร DASH Diet และทำบริหารสำหรับผู้มีความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 6 กล่าวสรุป พร้อมทั้งกล่าวคำชมเชยให้กำลังใจและมอบของตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้และประเมินความดันโลหิต (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรม ระดับการรับรู้และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test โดยผู้วิจัยทดสอบแจกแจงปกติของข้อมูล (Normality test) โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test เพื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่าระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิต พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ผลการทดสอบแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (Nonparametric)

จริยธรรมการวิจัย

โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมในคนของมหาวิทยาลัยทักษิณ โดยผ่านการอนุมัติตามเลข COA No.TSU 2025_009 REC No.0017 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และเมื่อเข้าร่วมในการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และผู้วิจัยขอนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนดำเนินการเสร็จสิ้นจำนวนกลุ่มอย่าง 37 คน พบว่ามีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.16 อายุอยู่ในช่วง 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.43 อายุเฉลี่ย 49.73 ปี ($SD. = 5.61$) ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-29.90 kg/m^2 (โรคอ้วนระดับ 2) และมากกว่า 30 kg/m^2 (โรคอ้วนระดับ 3) คิดเป็นร้อยละ 32.43 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.07 kg/m^2 ($SD. = 5.08$) สถานภาพสมรสพบว่าสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.08 ระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษามากที่สุด คิด

เป็นร้อยละ 51.35 อาชีพที่พบมากที่สุดคือ รับจ้างและเกษตรกรรม/ประมง/ปศุสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 37.84 รายได้พบว่ามีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.57 รายได้เฉลี่ย 8,598.88 บาทต่อเดือน ($SD. = 7,938.04$) ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในชว่นน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.08 รองลงมาคืออยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.22 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.51 ปี ($SD. = 2.68$) ประวัติหลอดเลือดสมองในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 70.27 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว พบว่ามีประวัติมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.85 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร ($n = 37$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	37.84
หญิง	23	62.16
อายุ (ปี)		
35 - 39	2	5.41
40 - 44	6	16.22
45 - 49	9	24.32
50 - 54	12	32.43
55 - 59	8	21.62
$(M = 49.73, SD. = 5.61, Min = 37, Max = 58)$		
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)		
<18.50 (น้ำหนักน้อยหรือผอม)	2	5.41
18.50 - 22.90 (ปกติ)	6	16.22
23 - 24.90 (โรคอ้วนระดับ 1)	5	13.51
25 - 29.90 (โรคอ้วนระดับ 2)	12	32.43
≥ 30 (โรคอ้วนระดับ 3)	12	32.43
$(M = 27.07, SD. = 5.08, Min = 17.07, Max = 37.34)$		
สถานภาพสมรส		
โสด	2	5.41
สมรส	30	81.08
หม้าย	3	8.10
หย่า/แยกกันอยู่	2	5.41
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	51.35
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	13.51

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จากการใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.35 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 0.35 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.58 คะแนน ค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นเป็น 2.65 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 0.27 โดยแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test (n = 37)

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	M	Median	IQR	Z-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.29	2.35	0.35	-5.10	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.58	2.65	0.27		

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001)

3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.63 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 0.39 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.90 ค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นเป็น 2.92 ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 0.10 โดยแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test (n = 37)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	M	Median	IQR	Z-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.57	2.63	0.39	-5.18	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.90	2.92	0.10		

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001)

4. ระดับค่าความดันโลหิต

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test พบว่าค่าระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 150.97 mmHg ค่ามัธยฐานเท่ากับ 149.00 mmHg ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 13 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 144.54 mmHg ค่ามัธยฐานลดลงเป็น 145.00 mmHg ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 11 โดยแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) และพบว่าค่าระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.03 mmHg ค่ามัธยฐานเท่ากับ 87.00 mmHg ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 17 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 82.86 mmHg ค่ามัธยฐานลดลงเป็น 84.00 mmHg ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่ 25 ถึง 75 เท่ากับ 14 โดยแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test ($n = 37$)

ระดับความดันโลหิต	M	Median	IQR	Z-test	P-value
ค่าระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic)					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	150.97	149.00	13	-5.00	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	144.54	145.00	11		
ค่าระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic)					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	86.03	87.00	17	-1.82	0.068
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	82.86	84.00	14		

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$)

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 และมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.58 หลังการเข้าร่วม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งผลให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค รวมถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและแรงผลักดันในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงหลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งผลเสียต่อ

สุขภาพ โดยภายในโปรแกรมยังมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อส่งข้อความเตือน ทบทวนความรู้ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยหรืออุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วม จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและมิกำลังใจในการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ เงินดี (2564) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) หลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิเศษฐ์ ปาละเชียว (2566) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) เนื่องจากผู้เข้าร่วมตระหนักถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรค รวมทั้งได้ฝึกทักษะและรับความรู้ที่เอื้อต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างเหมาะสม

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากโปรแกรมได้รับการออกแบบตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผลการประเมินพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 2.57 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.90 แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ภายใต้โปรแกรมส่งผลต่อการพัฒนาการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการตระหนักถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมสร้างการรับรู้จำนวน 4 กิจกรรม โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่าย ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการส่งข้อมูลทบทวนความรู้ต่างๆ เพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่กลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นในทุกด้านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เตือนจิตร แข้รัง (2564) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) เช่นเดียวกัน

3. ระดับความดันโลหิต

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 150.97 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 144.54 เนื่องมาจากโปรแกรมมีการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ส่งผลกลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงและมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาหาร ยา และการออกกำลังกาย ซึ่งช่วยเสริมสร้างสุขภาพหัวใจ ทำให้หัวใจสามารถไหลเวียนเลือดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ช่วยลดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ลดระดับสารเร็นนินและอะดรีนาลีนควบคุมและปรับอินซูลินในเลือดให้เหมาะสม ไชมันที่สะสมในร่างกายลดลงจึงส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อค่าความดันโลหิตลดลงจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาขึ้น ส่งผลให้กระแสเลือดไหลเวียนได้ไม่ดี หากความดันโลหิตลดลงหลอดเลือดจะได้รับความเสียหายน้อยลง ลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก หากความดันโลหิตลดลงจะช่วยลดแรงดันในหลอดเลือดทำให้ความเสี่ยงต่อการแตกของหลอดเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนา ธรรมาทอง (2565) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร พบว่าหลังการทดลองระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) และหลังทดลองระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างทางสถิติแต่กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของค่าระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.03 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 82.86 mmHg เนื่องมาจากระยะเวลาการวิจัยของโปรแกรมเพียง 6 สัปดาห์ ทำให้มีความแตกต่างของความดันโลหิตค่าล่างเพียงเล็กน้อย ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจ การบีบตัวของหัวใจ (Systolic) หากหัวใจมีการบีบตัวที่มีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือมีการลดลงของแรงบีบตัวของหัวใจหลังการทดลองจะส่งผลให้ความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ลดลงได้แต่ค่าล่าง (Diastolic) อาจยังคงที่หรือลดลงเล็กน้อย เนื่องจากการคลายตัวของหัวใจ (Diastolic) อาจไม่เปลี่ยนแปลงและการที่หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดีขึ้นอาจช่วยลดความดันโลหิตค่าบน (Systolic) แต่ไม่ส่งผลต่อความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) และปัจจัยด้านฮอร์โมนคือฮอร์โมนแอนติไดยูเรติกมีผลต่อการเก็บน้ำในร่างกายและอาจทำให้การไหลเวียนของเลือดเปลี่ยนแปลง หากการหลังของฮอร์โมนนี้เพิ่มขึ้นอาจทำให้ความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) คงที่หรือไม่ลดลงมาก แม้ว่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic) จะลดลง และฮอร์โมนระบบ

เรนิน-แองจิโอเทนซิน การกระตุ้นระบบนี้จะทำให้เกิดการเก็บน้ำและเกลือในร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลให้ความดันโลหิตค่าล่างยังคงที่แม้ว่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic) จะลดลง และฮอโมนอะดรีนาลีน ฮอโมนนี้มีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจและการหดตัวของหลอดเลือด หากระดับอะดรีนาลีนยังคงสูง อาจทำให้ความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) คงที่หรือไม่ลดลงแม้จะมีการลดลงของความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ สุวรรณทิพย์ ชูทัพ (2567) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าหลังการเข้าร่วมการทดลอง 6 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งก่อนทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 89.10 mmHg และหลังทดลองค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 76.16 mmHg เกิดจากการให้ความรู้และส่งเสริมการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การลดการบริโภคโซเดียม จึงทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง

ข้อจำกัดการวิจัยคือกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถแยกแยะผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรมการศึกษาออกจากผลของยาที่ได้รับได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ หากมีการปรับเปลี่ยนชนิดหรือขนาดของยาในระหว่างการทำเนิการวิจัย อาจส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตจากปัจจัยภายนอกที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดทำคู่มือในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในการควบคุมกำกับตนเองที่บ้านในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมหรือหลังจบโปรแกรมในการรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้
2. โปรแกรมควรติดตามการปฏิบัติตามของกลุ่มตัวอย่างในลักษณะการประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจนร่วมด้วย ได้แก่ การประเมินคุณภาพชีวิต และการประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นหลอดเลือดสมองตีบตัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมโดยการติดตามที่ระยะในช่วง 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน เพื่อติดตามผลความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องและเพื่อประเมินความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในระยะยาว
2. ควรทำการศึกษาแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

3. ควรขยายผลโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการวิจัยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคไต เป็นต้น

4. ควรมีการประเมินผลกลุ่มตัวอย่างหลังการจัดกิจกรรมในทุกกิจกรรม โดยการใช้แบบสอบถามหรือแบบทดสอบ เพื่อประเมินการรับรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถอธิบายหรือตอบวัตถุประสงค์ของกิจกรรมแต่ละกิจกรรม

รายการอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566, 29 ตุลาคม). วันหลอดเลือดสมองโลก ร่วมมือกันป้องกัน ลดเสี่ยงอัมพฤกษ์ อัมพาต.

<https://ddc.moph.go.th/odpc11//news=38037&deptcode=odpc11>

กรรณิการ์ เงินดี. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.

[วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา].มหาวิทยาลัย

พะเยา

ดนิตา ซัยภัทรธนกุล. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอควนเนียง จังหวัด

สงขลา. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 55(7), 1-16.

<https://doi.org/10.59096/wesr.v55i7.3091>

เดือนจิตร แชร้ง. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพ

เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.

วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก, 3(1), 1-14.

ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, ไพฑูรย์ วุฒิส, และเมวดี ศรีมงคล. (2564). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อ

ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง เขตรับผิดชอบโรคพยาบาลแก่งศรีภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1), 478-

487.

ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้าน

สุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่ง

พฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 16(2), 42-60.

พิศิษฐ์ ปาละเขียว. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยสุขภาพ

โรงพยาบาลและชุมชน, 1(1), 16-25.

รัตนา ธรรมทาทอง. (2565). ผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับ การวัดความดันโลหิต

ที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบล

วานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 7(3),

88-99.

- วรรัตน์ เหล่าสูง. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(4), 32-45.
- ศุภณัฐกรณ์ มูลฟู. (2565). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง [Online]. สืบค้นจาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/shj/article/view/257857> [31 กรกฎาคม 2567].
- สุวรรณีพิทย์ ชูทัพ. (2567, 31 กรกฎาคม). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. https://srth.go.th/research/file/20240328135948-17_2567%20สุวรรณีพิทย์%20ชูทัพ.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2567, 7 พฤษภาคม). *งานศูนย์ข้อมูล (HDC)*. <https://hdc.moph.go.th/ska/public/standardsubcatalog/b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b>
- อรุณ จีรวรรณกุล. (2548). *ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.